43e Année — N° 5. Vendredi 31 Janvier 1896.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Des progrès réalisés dans la connaissance de la lithiase biliaire, 65. — Calculs biliaires, traitement par les eaux de Vittel, par le Dr P. Bouloumié, 67. — **Bibliographie** : Les toxines microbiennes, par le Dr J. Artaud, 69. — Précis de la vaccine et de la vaccination moderne, par le Dr Martial Hublé, 71. — **Académie de médecine** : *Séance du 28 janvier.* — Présidence de M. Hervieux, 71. — Election, 71. — Photographie à travers les corps opaques, 71. — De l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire, 72. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 24 janvier*, 73. — Pseudo-méningite due à la créosote, 73. — Pituite hémorragique des hystériques, 73. Infection pneumonique à manifestations articulaire et méningée, 74. — **Société de médecine de Paris** : *Seance du 25 janvier.* — Présidence de M. Ladret de Lacharrière, 74. — Mort de M. Wickham, 74. — Maladies du cœur. — Diagnostic par les signes éloignés du cœur, 75 — **Société de Chirurgie** : *Séance du 22 janvier* 1896. — Présidence de M. Th. Anger, 76. — Grossesse extra-utérine, 76. — Un cas de cholécystoentérostomie. Guérison. Résultats éloignés, 76 — Kyste hydatique du foie, 76. — **Variétés** : Les médecins étrangers, 77. — Toast, 77. — **Nouvelles**, 80.

CLINIQUE MÉDICAEL

Des progrès réalisés dans la connaissance de la lithiase biliaire (1).

Etiologie et statistique. — Les calculs biliaires sont une maladie fréquente ; la statistique apprend que chez les jeunes gens les calculs sont très rares, ils sont plus fréquents dans l'âge mûr et très fréquents dans la vieillesse. Les femmes, surtout celles qui ont eu des enfants, sont plus souvent atteintes que les hommes, en outre la lithiase est souvent associée chez elles à la constriction du foie, aux adhérences de la vésicule ou aux dégénérescences. On pourrait en conclure, d'après Naunyn, que l'étiologie de la lithiase biliaire est favorisée par tout ce qui trouble l'écoulement de la bile ou le retarde. En dehors de la stase biliaire, la statistique n'a trouvé aucune circonstance étiologique certaine ou généralement admise pour la lithiase biliaire. Il est douteux qu'il existe une diathèse lithiasique ; le cancer n'est pas la cause, mais la conséquence de la lithiase biliaire. Le catarrhe des voies biliaires avec la migration des bactéries est considéré par quelques médecins comme ayant une importance étiologique de premier ordre.

Infections calculeuses biliaires. — L'idée que l'infection bactérienne est une des conditions de la formation des calculs a été formulée d'abord par Galippe pour les calculs salivaires, puis par Dupré, Létienne, Naunyn. Le bacille typhique joue vraisemblablement un rôle considérable dans la prédisposition aux calculs biliaires. La migration dans le cholédoque des bactéries intestinales dans le typhus facilite la production des calculs ; on a trouvé des bacilles du colon dans un abcès du foie consécutif à la fièvre typhoïde. Quant à la production de calculs par des infections biliaires sans symptômes, elle n'est qu'une hypothèse.

En résumé, d'après Gumprecht, l'infection bactérienne est peut-être une cause de lithiase biliaire, elle est certainement le principal danger résultant de la cholélithiase. Le bactériumcoli, plusieurs microcoques pyogènes, le bacille typhique, sont les microorganismes que l'on rencontre le plus souvent dans ces infections. La fièvre qui accompagne la colique hépatique peut être attribuée à cette infection ; la fièvre intermittente hépatique est encore plus sûrement la conséquence de cette infection. L'infection se traduit par des inflammations du foie, de la rate et des reins, par des métastases (cœur et méninges) et par une pyémie générale qu'on observe parfois à la suite des calculs biliaires.

L'ictère dans la lithiase biliaire. — L'évolution nouvelle de la théorie de l'ictère a fait établir d'une façon certaine que tout ictère est dû à la résorption de la bile ; toutefois l'ictère fait absolument défaut dans beaucoup de coliques hépatiques. La stase biliaire et comme conséquence la résorption ne peut se produire que par l'obstruction calculeuse ou par un gonflement inflammatoire de la muqueuse. Lieberman a rapporté l'ictère aux anomalies de sécrétion du foie ; enfin, il y a un ictère nerveux, dénomination qui a été employée la première fois par Chauffard. En tout cas, tout ictère dans la colique hépatique ne tient pas toujours à la présence de calculs dans le cholédoque.

Cholagogues. — Les efforts tentés pour édifier le traitement de la lithiase biliaire sur l'action chola-

(1) *Neuere Fortschritte in des Kenntnist der Cholelithiasis, Gumprecht. Deutsche med. zeit.* 77.95.

gogue des médicaments ont été suivis de peu de succès. L'utilité des cholagogues pour la progression des calculs est douteuse au point de vue théorique. Les cures faites à Carlsbad n'agissent que faiblement comme cholagogues, leur utilité tient plutôt à des facteurs qui n'ont pas été formulés exactement. L'utilité pratique de l'huile d'olive est reconnue. Quant à se servir de l'effet cholagogue des repas abondants, on ne peut le faire à cause du danger de la colique hépatique qu'on pourrait ainsi provoquer.

Chirurgie des voies biliaires. — Les indications générales de l'intervention chirurgicale ont été peu précisées ; on admet en général qu'on doit intervenir dans les cas suivants : les coliques hépatiques ou les troubles graves qui résistent à tous les moyens hygiéniques, balnéologiques et médicamenteux, qui se répètent souvent et affaiblissent de plus en plus le patient ; l'occlusion des voies biliaires persistant pendant plusieurs mois ; les menaces de cholémie ou de pyémie ; les fistules biliaires avec écoulement insuffisant ; les adhérences de la vésicule avec troubles graves ; les ruptures de la vésicule avec menace de péritonite ; enfin les indications de la laparotomie exploratrice.

Désignation des opérations :

Cholécystotomie. — La vésicule est ouverte, puis refermée ; *a.* cholécystotomie idéale : la vésicule est suturée puis remise en place ; *b.* Cholecystopexie (opération de Czerny) : la suture de la vésicule est fixée à la paroi abdominale.

Cholécystostomie. — Ouverture de la vésicule et établissement d'une fistule biliaire ; *a*, en un seul temps : ouverture de la vésicule et suture des bords libres à la plaie cutanée en une seule séance ; *b*, en deux temps : incision abdominale, éventuellement on passe un fil dans la vésicule qui se présente, on remplit la plaie afin de former une plaie en canal granuleuse ; 3 à 10 jours après on incise dans la vésicule au niveau du point marqué sur le fil, si l'on en a placé un,

Cholécystectomie (Langenbuch). — On enlève la vésicule qui a été disséquée du foie et l'on suture le moignon restant de la vésicule.

Cholécystentérostomie. — On établit une fistule entre la vésicule et l'intestin.

Opérations sur les voies biliaires : Choledochotomie. — Extraction d'un calcul obturateur par une incision sur le cholédoque, suture de l'incision.

Cysticholithectomie. — Même opération sur le canal cystique.

Choledocholithothripsie. — Lithothritie du calcul dans le cholédoque sans ouvrir ce canal, choledocho-duodenostomie.

Opérations atypiques. — Laparatomie exploratrice, section des adhérences de la vésicule, broiement du calcul dans la vésicule non ouverte, etc.

Indications spéciales de quelques opérations. — L'union n'est pas encore faite sur les indications spéciales ; cependant la cholecystostomie est considérée de plus en plus comme le procédé normal parmi toutes les autres opérations. Elle est pratiquée par Hahn, Kehn, Kummel, Lindner, Hieder, Sonnenburg, Winiwarter. Les avantages de l'opération consistent surtout en ce qu'elle se passe dans les couches superficielles et qu'elle entraîne ainsi moins de dangers pour l'existence, qu'elle offre le plus de sécurité pour l'extraction des calculs et qu'elle garantit contre les récidives. Les opérations en un ou deux temps peuvent donner également de bons résultats entre les mains d'opérateurs exercés.

Le cathétérisme des voies biliaires est une manœuvre souvent associée à la cystostomie, notamment lorsqu'il existe en même temps de l'ictère ; cependant le résultat en est très incertain en raison des valvules du canal cystique qui rendent difficile ou même impossible l'introduction de la sonde.

Cystotomie (Cystendyse.) Les partisans de cette opération sont Courvoisier, Czerny, Heusner, Kœrte. Les avantages de l'opération sont surtout : La conservation de la vésicule, on évite une fistule biliaire, l'opération est rapide, sans danger, la guérison facile.

La *Cystopexie* (Czerny) qui fixe la vésicule suturée à la parois abdominale et ses modifications ont pour but de s'assurer contre la rupture de la suture de la vésicule ou de fermer secondairement les fistules.

Cholecystectomie. — L'extirpation de la vésicule a été recommandée par Langenbuch. L'opération s'autorise de ce fait que la vésicule est le principal lieu de formation pour les calculs et que les chances de récidives disparaissent presque en enlevant la vésicule.

Cholécystentérostomie. — L'établissement opératoire d'une communication entre la vésicule biliaire et l'intestin a été faite avec succès pour la première fois par Kappeler. Le plus souvent on a choisi l'intestin grêle comme voie d'écoulement de la bile. Les indications de l'opération ont été précisées par Courvoisier ; elles sont représentées exclusivement par les lésions inopérables du cholédoque. La cholémie grave contre-indique l'opération et exige d'abord la cystostomie.

Choledochotomie. — Au point de vue technique, cette opération toujours difficile est facilitée par la dilatation du cholédoque qui existe presque toujours. Elle constitue le procédé normal dans tous les cas de lésion du cholédoque par les calculs ; ce n'est que lorsqu'on ne peut la faire que la cystentérostomie est indiquée.

Un grand nombre d'opérations plus ou moins typiques, dit Gumprecht, sur le système biliaire peuvent être passées sous silence, car il est difficile d'en donner un jugement résumé. Cette partie de la chirurgie

deviendra difficilement le bien commun des médecins, car chaque opération pour les calculs biliaires, même la plus facile, exige une installation moderne et un opérateur rompu aux difficultés intermédiaires. L'appel d'un spécialiste devient forcément nécessaire au médecin praticien dès que l'indication opératoire a été posée.

L. JUMON.

Calculs biliaires, traitement par les eaux de Vittel (1)

Par le Dr P. BOULOUMIÉ (de Vittel).

Il y a 17 ans, devant la Société d'hydrologie médicale de Paris et plus tard dans les leçons de thérapeutique hydro-minérale que je faisais à l'école pratique de la faculté, je cherchais à établir les indications spéciales des eaux de Vittel et les indications comparées de Vichy et de Vittel dans la lithiase biliaire.

Reprenant la question devant la Société des médecins des Vosges, je montrais il y a quelques années une série de calculs biliaires volumineux expulsés au cours ou à la suite de la cure hydro-minérale de Vittel et notamment celui dont voici le moulage et qui mesurait 0,08 de circonférence et 0,05 de longueur c'est le plus gros qu'il m'ait été donné d'observer.

Entre temps, en 1883, mon confrère le Dr Patézon publiait une monographie des gros calculs biliaires observés à Vittel.

Je reviens aujourd'hui sur cette question à l'occasion d'une malade que j'ai revue tout récemment et dont l'observation présente un double intérêt, 1° parce qu'elle est en quelque sorte l'observation type au point de vue de l'action de la cure de Vittel dans la lithiase biliaire; 2° parce que l'aspect, la forme, le volume et le nombre des calculs rendus sont remarquables à plusieurs égards.

Observation: Mme X..., 48 ans, née de père et de mère arthritiques, ménopause depuis 4 à 5 ans, précédée de pertes abondantes et de salpingo-ovarite ayant nécessité un séjour au lit de 5 à 6 mois.

Depuis longtemps, *crampes d'estomac*, puis en juin 189) colique hépatique franche.

Je ferai remarquer en passant que cette mention se retrouve dans plus des 2/3 de mes observations et prouve bien que les crampes d'estomac ne sont le plus souvent que des coliques hépatiques frustes.

Dès lors coliques hépatiques à intervalles variables. Traitements a Vichy en 1871 et 1892 suivis de très bons résultats au point de vue de l'état général et de l'état des voies digestives, mais les coliques revenant encore à intervalles de 2 à 3 mois avec sub-ictère.

En 1874 nouvelle cure à Vichy; reprise de coliques hépatiques en octobre, très fréquentes depuis, presque quotidiennes durant 4 mois, nécessitant le plus souvent une ou plusieurs injections de morphine. Ictère pendant tout l'hiver 94-95 ou peu s'en faut Parfois quelques selles biliaires et quelques graviers de cholestérine petits et demi-durs; pas de calculs d'un certain volume.

A l'arrivée à Vittel, en juillet 1895, je note : État général assez bon, appétit modéré mais suffisant, digestion lente et souvent accompagnée de coliques hépatiques 3 à 4 heures après le repas de midi; selles régulières; soif normale.

Maux de reins, urines ictériques par intervalles. Pas de selles uriques ou autres.

Douleur scapulaire droite lors des coliques seulement, depuis longtemps douleurs erratiques, musculaires plutôt qu'articulaires.

Pas d'oppression ni de palpitations, actuellement un peu de bronchite légère des grosses bronches.

Sensibilité au niveau de la vésicule biliaire et dans toute la région sous hépatique. Pas d'augmentation notable du volume du foie. Engorgement modéré de la vésicule.

Urines, coloration n° 4, limpides, avec dépôt muco-granuleux jaune, densité 1.006, acidité normale, pas d'albumine, pas de sucre, grand excès d'acide urique en solution ; peptone, traces sensibles.

Au microscope : quelques urates granuleux et cellules diverses.

Le traitement institué consiste en : eau de la source Marie d'abord, puis eau de la source Marie et de la source salée en augmentant progressivement la quantité de celle-ci et diminuant la quantité de celle-là.

Douche générale chaude en jet brisé et à pression faible et bain tempéré, alternativement, de deux jours l'un.

Le septième jour de la cure : malaise, imminence de coliques hépatiques.

Le onzième jour, colique hépatique de 15 heures de durée; puis rémission plutôt que rétablissement complet pendant 6 jours. Après cela : colique hépatique violente, avec rémissions peu accusées, pendant 5 jours, ictère jaune très intense 4 jours après le début ; selles absolument blanches ; tous les symptômes de la migration d'un calcul.

Malgré le diagnostic porté et l'affirmation que la délivrance est prochaine et que le voyage peut avoir de graves conséquences, la malade veut rentrer chez elle et part le 8 août : 36 heures après le retour elle ressent une douleur locale très vive puis dort d'un profond sommeil pendant 20 heures et rend ensuite dans une selle assez abondante, demi-solide, de couleur jaune dorée, le calcul que voici : il est de couleur brune, de forme sensiblement sphérique mais hérissé de pointes mousses, avec coloration plus claire au

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

niveau de ces pointes. Il mesure 0,035 de circonférence et pesait le lendemain de son expulsion 0,60.

Aussitôt après, disparition de l'ictère, retour progressif rapide de l'appétit et des forces, selles biliaires fréquentes et abondantes. Prompt rétablissement. Six semaines après, en octobre, l'eau de Vittel, source salée, est reprise dans le but de s'assurer s'il y a ou non d'autres calculs dans la vésicule et, s'il en reste, d'en provoquer l'expulsion tandis que les canaux cystiques et cholédoques sont encore dilatés ou tout au moins assez souples pour que celle-ci soit encore relativement facile.

Dix jours après le début de ce traitement à domicile, qui consiste dans l'ingestion d'une bouteille d'eau de la source salée en 5 doses de 200 grammes prises en majeure partie le matin et eau de la grande source aux repas, une nouvelle colique hépatique éclate et dure quarante-huit heures avec ictère qui persiste pendant trois ou quatre jours; aussitôt après la colique le calcul que voici est rendu. Il est plus gros que le précédent, mais de même aspect et de même forme, un peu moins coloré cependant. Deux fois encore a quatre et cinq jours d'intervalle nouvelles coliques hépatiques semblables suivies d'expulsion de nouveaux calculs absolument semblables, que voici et de nombreux petits calculs blancs, jaunâtres à facettes multiples.

Depuis lors bien-être, sauf insomnies et douleurs sciatiques à droite, nocturnes spécialement, assez fréquentes.

J'ai dit que cette observation me paraissait intéressante à vous soumettre parce qu'elle est en quelque sorte l'observation type au point de vue de l'action de la cure de Vittel dans la lithiase biliaire. La cure de Vittel est en effet une cure d'expulsion des calculs, de nettoyage de la vésicule biliaire, des canaux et des conduits biliaires et l'action de la source salée, sur l'élimination des calculs biliaires est telle que j'ai pu chez certains malades faire à mon gré, plusieurs fois de suite ou à courts intervalles, recommencer ou suspendre l'expulsion des calculs et cela en faisant poursuivre, reprendre ou suspendre l'usage de cette eau et faisant prendre dans les intervalles des eaux de Vichy, de Vals, de Soultzmatt, de St-Galmier. J'ai vu fréquemment les mêmes effets se produire à longs intervalles, c'est-à-dire l'expulsion de calculs cesser après la cure de Vittel, reprendre par l'usage de l'eau à domicile ou lors de la cure faite aux sources l'année suivante.

Chez une de mes malades les phénomènes se succédaient avec une régularité qui donnait à mon observation les caractères de netteté et de précision d'une expérimentation.

Cette dame, comme celle dont j'ai parlé tout à l'heure, souffrait depuis longtemps de douleurs gastro-hépatiques, avait suivi tous les traitements habituels y compris Vichy et se trouvait dans un état grave quand à la suite de plusieurs consultations de mes confrères L. Labbé, Péter et Thévenet, elle me fut envoyée à Vittel avec le diagnostic de lithiase biliaire et cholécystite symptômatique. Elle avait eu déjà de nombreuses coliques hépatiques, mais n'avait pas rendu de calculs. Après dix à douze jours de traitement par l'eau de la source Marie d'abord, puis de la source salée, une colique hépatique survient avec tous les symtômes de la migration d'un calcul; deux jours après un calcul de la grosseur d'un gros grain de maïs est trouvé dans les selles. Le traitement est continué, une nouvelle colique hépatique éclate, de nouveaux calculs sont constatés. Pour laisser reposer la malade, le traitement est suspendu pendant cinq jours et il est pris en dehors des repas 300 grammes d'eau de Vichy (Célestins) dans la matinée et 200 grammes dans l'après-midi par doses de 100 grammes et de l'eau de Soultzmatt aux repas; il ne survient pas de colique, il n'est pas rendu de calculs; l'usage de l'eau de la source salée est repris, trois jours après colique hépatique, expulsion de calculs. Les choses se répètent ainsi à volonté pendant le long séjour que fait la malade à Vittel. Elle rentre à Paris en bonne santé, n'a au cours de l'hiver et du printemps que quelques symptômes hépatiques qui ne lui font pas interrompre un seul jour ses occupations très actives et très fatigantes. Elle ne reprend de l'eau de Vittel qu'à très faible dose et spécialement aux repas.

L'été suivant elle revient à Vittel, est reprise, après dix à douze jours d'usage de l'eau de la source salée employée d'emblée cette fois, de colique hépatique et rend des calculs semblables à ceux rendus l'année précédente.

Comme alors, quand l'usage de l'eau est cessé, l'élimination s'arrête pour recommencer dès qu'il est repris; enfin un gros calcul du volume d'une grosse amande arrondie est expulsé, un grand nombre de calculs de petits et moyens volumes le suivent et la malade semble être pour toujours débarrassée de sa lithiase et des accidents multiples qu'elle avait provoqués, car depuis plus de dix ans, sauf une fois à la suite de fatigues excessives et d'émotions violentes, elle n'a plus rien ressenti du côté du foie et de la vésicule.

Ces faits montrent bien l'action de la source salée de Vittel dans la lithiase biliaire et l'on peut dire que, quand elle provoque des coliques hépatiques, il est bien rare qu'elles soient infructueuses et tandis que celles qui avaient eu lieu antérieurement à la cure étaient le plus souvent restées sans résultat, celles-ci ont donné lieu à l'expulsion de calculs. Elles ne sont pas d'ailleurs toujours violentes ces coliques, et il n'est pas indispensable qu'elles le soient pour qu'elles soient efficaces; j'ai vu souvent après une colique hépatique assez forte de simples douleurs très atténuées être suivies d'expulsion de sables, graviers ou

calculs ; mais il est impossible quand il s'agit de gros calculs comme ceux que je vous montre que les douleurs soient insignifiantes; la morphine heureusement permet le plus généralement de les calmer sans enrayer le travail d'expulsion quand le calcul est suffisamment engagé. Aussi suis-je bien convaincu que le « mode d'action silencieux de Vichy » (M. Durand-Fardel) n'est pas le même que celui de Vittel dans la lithiase biliaire et que si la cure de Vichy calme beaucoup plus directement que celle de Vittel les symptômes dyspeptiques et autres qui la masquent ou la caractérisent, la cure de Vittel agit beaucoup plus activement que celle de Vichy pour amener la guérison par expulsion des calculs. L'action de la cure de Vittel n'est silencieuse généralement que lorqu'il s'agit de cholécystite catarrhale ou de lithiase sablonneuse ou à petits calculs; il me paraît impossible qu'il en soit autrement ailleurs pour des calculs d'un certain volume, à moins qu'au lieu de chercher à les expulser on ne cherche qu'à en atténuer les symptômes et à calmer l'excitation de la vésicule pour qu'ils restent en place sans provoquer de réaction douloureuse ou autre. J'estime pour ma part que cette conduite est à tenir chez les personnes âgées mais non chez les personnes encore jeunes.

J'ai dit aussi que la première observation citée plus haut est intéressante en raison de l'aspect, de la forme, du volume et du nombre des calculs rendus.

La surface des quatre gros calculs est mamelonnée avec de nombreuses pointes mousses dont la teinte plus foncée se distingue de celle du fond; elle ne présente pas de facettes proprement dites, comme en présente au contraire la surface de la série des petits calculs qui les accompagnent, aussi pouvait-on espérer après l'issue du premier qu'on avait affaire à un seul gros calcul. Sa coloration brune beaucoup plus foncée que celle des autres paraît en rapport avec la durée relativement longue de son passage dans le cholédoque.

Tous semblent être constitués par une agglomération de petits calculs de cholestérine cimentés entre eux par de la matière colorante biliaire et des sels calcaires provenant de la cholécystite catarrhale. Ils ont dû d'après leur formes séjourner dans une vésicule biliaire développée à parois facilement extensibles et peu contractiles, sans cela ils présenteraient certainement des facettes; mais puisque les petits, émis en très grand nombre, en présentent, on peut se demander si la vésicule ne se trouvait pas en quelque sorte formée de deux loges et si les gros n'étaient pas dans un bas fond plus ou moins atone, analogue au bas fond de certaines vessies, d'où par celà-même il n'a fallu rien moins pour les déloger que la cure très active en pareil cas de Vittel.

Je n'ai fait aucune recherche pour établir si dans le cas particulier ces calculs sont ou non d'origine microbienne.

BIBLIOGRAPHIE

Les toxines microbiennes, par le Dr J. Artaud (Thèse de doctorat, Lyon, 1895, J.-B. Baillière et fils, édit.).

Etudier l'action physiologique de certaines toxines microbiennes, tel a été le but poursuivi par l'auteur. Toutefois dans un historique des plus intéressants qui précède l'exposé de ses propres expériences, il relate chronologiquement les phases diverses traversées par le sujet. Ce n'est qu'après avoir indiqué que des nombreux produits solubles étudiés au cours de ces dernières années, tous ont eu certaines de leurs propriétés vaccinantes, toxiques ou prédisposantes, nettement mises en lumière et définies, que le Dr Artaud expose le résultat de ses recherches personnelles. Entreprises dans le laboratoire et sous la direction du professeur Arloing, elles ont porté sur l'action des produits solubles secrétés par le pneumo-bacillus liquefaciens bovis, microbe de la péri-pneumonie du gros bétail, sur l'action des produits solubles secrétés par le microbe de la morve, et sur celles des produits solubles secrétés par le bacillus héminacrobiophilus.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans le détail de toutes ses expériences. Bornons-nous à rappeler ses conclusions ; il les divise en 4 paragraphes :

I. — *Modifications fonctionnelles produites par les substances solubles du pneumo-bacillus liquefaciens bovis.*

1° D'une manière générale, d'après l'étude des troubles circulatoires et des lésions qu'elle détermine, la toxine du pneumo-bacillus liquefaciens bovis se distingue des autres par un pouvoir vaso-dilatateur considérable.

De ce côté, elle ne cède en rien à la toxine diphtérique, étudiée au même point de vue par MM. Courmont et Doyon. Comme cette dernière, elle détermine très rapidement des lésions congestives, inflammatoires et hémorrhagiques des viscères, particulièrement de l'intestin qui, chez les animaux injectés, est rempli de sang presque pur et incoagulé. Toutefois la pneumo bacilline ne produit pas, comme la toxine diphtéritique, une prolification aussi abondante des cellules épithéliales, ni une entérite aussi prononcée.

2° Tous les animaux domestiques y compris le chien, malgré son immunité naturelle presque absolue au virus de la péri-pneumonie, bien démontrée par M. Arloing, éprouvent les effets généraux des produits solubles du pneumo-bacillus liquefaciens bovis.

Cependant il existe des degrés dans leur sensibilité.

Le Dr Artaud a observé, après M. Arloing, la sus-

ceptibilité toute spéciale du bœuf, dont les troubles respiratoires et nerveux, sous l'influence du poison, sont autrement plus intenses que chez le chien.

3° Dans le détail, les manifestations physiologiques ou toxiques déterminées par les produits solubles du bacillus liquefaciens bovis se divisent assez nettement en trois phases.

a) Une série d'accidents immédiatement ou presque immédiatement consécutifs à la première injection intra-veineuse : troubles vaso-moteurs et cardiaques, hypotension artérielle, altération du rythme respiratoire, hypersécrétions glandulaires diverses, vomissements fugaces ou état nauséeux, excitation motrice des fibres musculaires lisses, dépression nerveuse, tendance au sommeil et narcose apparente.

Chez les sujets particulièrement sensibles à l'action de la pneumo-bacilline comme le bœuf et la chèvre (Arloing) ou si la dose est suffisante, ces premiers accidents peuvent être assez rapidement mortels. Ceci, toutefois, est rare.

b) Les premiers accidents s'atténuent progressivement et assez vite, pour faire place à une période de calme plus ou moins complet, pendant laquelle l'animal semble rétabli ou marche vers le rétablissement. Cette période silencieuse, d'importance et de durée variables, ne représente habituellement qu'une intervalle de repos relatif séparant la première phase de la seconde.

c) Quelques heures plus tard, des manifestations toxiques, ayant beaucoup d'analogie avec celles des premiers accidents réapparaissent. Parmi les troubles qui dominent la scène, nous remarquons principalement une vaso-dilatation progressive et exagérée, des phénomènes digestifs graves, diarrhée, vomissements continus, parfois paralysies plus ou moins généralisées.

4° Les symptômes caractéristiques de chacune de ces trois phases peuvent se mélanger plus ou moins, mais cette division dans la marche de l'empoisonnement est toujours très nettement indiquée.

En se servant de produits solubles peu actifs et injectés en doses modérées, on sépare très bien ces périodes par un intervalle silencieux assez long.

II. *Modifications fonctionnelles produites par les substances solubles du bacille de la morve.* — 1° D'une manière générale la malléine brute se présente comme un modificateur cardiaque, vasculaire, hypersécrétoire, nerveux. Les solipèdes sont proportionnellement beaucoup plus sensibles que les autres animaux, le chien en particulier, à ses différents effets.

2° Une injection intra-veineuse détermine immédiatement l'hypersecrétion sudorale (solipèdes), salivaire (chien) et intestinale. En même temps : ralentissement du cœur avec renforcement notable de son énergie, élévation, parfois considérable, de la pression vasculaire.

3° Dans la période secondaire de l'intoxication, moins distincte de la première qu'avec la pneumo-bacilline, le cœur s'accélère en s'affaiblissant, pendant que la pression artérielle tombe lentement et graduellement et au-dessous de la normale.

4° L'analyse des tracés apprend que l'hypertension du début doit être rapportée, en partie, à des actions vaso-constrictives, en partie au renforcement de l'énergie du cœur.

III. *Modifications fonctionnelles produites par les substances solubles du bacillus héminécrobiophilus.* — 1° Dans les manifestations générales de ces produits, auxquels l'agneau est particulièrement sensible (Arloing), certains caractères rappellent les effets de la pneumo-bacilline. Les accidents immédiats, consécutif au premier contact avec ce poison, sont moins marqués.

Les produits solubles du bacillus héminécrobiophilus agissent surtout comme des poisons diastasiques. C'est quelques heures seulement après l'évanouissement des accidents immédiats que les troubles graves surviennent : dépression nerveuse, nausées, vomissements, vaso-dilatation avec congestions viscérales généralisées.

IV. *Application et généralisation à la physiologie des toxines microbiennes.* — 1° L'action des produits précédents, surtout de la pneumo-bacilline, confirme le double rôle de poison et de ferment joué par les secrétions microbiennes une fois introduites dans l'organisme par voie veineuse.

Le rôle de *poison* se manifeste dans la production des effets immédiats ; le rôle de *ferment* dans l'apparition des effets secondaires qui évoluent lentement, après une phase silencieuse ou d'incubation, à durée variable.

2° L'existence de cette période latente nettement mise en lumière pour la première fois par MM. Courmont et Doyon avec la tétano-toxine, puis retrouvée par ces mêmes auteurs et MM. Enriques et Hallion pour la toxine diphéritique, est aujourd'hui encore démontrée par les expériences du Dr Artaud avec la pneumo-bacilline. Cette substance possède en effet la double propriété de ferment soluble et de poison.

3° Etant donnée la diversité des produits solubles élaborés par les microbes, on peut supposer que ce ne sont pas les mêmes éléments cliniques de la masse totale qui jouent le double rôle de poison et de ferment. Dans une même sécrétion il peut exister soit un poison direct, soit un ferment, soit l'un et l'autre de ces agents.

4° Cependant, s'il y a lieu d'admettre que les accidents secondaires, consécutifs à la phase d'incubation, résultent de secrétions anormales par perversion nu-

tritive des cellules de l'organisme au contact de ferment, on peut supposer aussi que la masse de toxine injectée possède une action dans la production des poisons élaborés ultérieurement.

L'indication de cette particularité se trouve dans ce fait que certaines toxines à action fermentative semblent agir un peu proportionnellement à la dose injectée : toxine diphthéritique, pneumo-bacilline.

E. DESCHAMPS.

Précis de la vaccine et de la vaccination moderne, par le Dr Martial HUBLÉ, médecin major de l'armée. Tomes I et II, Paris. Société d'éditions scientifiques, 1896.

L'histoire de la vaccine est passée aujourd'hui de la période empirique à une période scientifique, c'est-à-dire que pour discuter le mode d'action du vaccin nous n'invoquons plus des hypothèses, mais des faits bien constatés dont nous tentons de faire l'application. Toutefois la vaccine ou si l'on veut le mode le plus anciennement connu de conférer une immunité est resté enveloppé d'obscurité sur beaucoup de questions. Cependant le problème ne laisse pas d'être passionnant, et comme on l'a toujours en vue dans les questions d'immunité, il finira bien par être résolu. Dans ce précis de la vaccine, que publie aujourd'hui M. Hublé, on trouvera résumées les connaissances indispensables sur la physiologie des virus en général et de la vaccine en particulier.

Montrer pourquoi et comment un virus inséré dans l'économie animale est capable d'y créer un état qu'on a appelé l'immunité; dire au prix de quels tatonnements et à la faveur de quelles hypothèses on est parvenu à expliquer la production de cette immunité dans le milieu intérieur; exposer les plus récentes acquisitions de la science sur les secrets de cette lutte intime entre l'organisme et ses envahisseurs dont bien des côtés sont encore énigmatiques; telles sont les matières que l'auteur traite dans la première partie de cet ouvrage.

Les questions techniques forment la seconde partie. L'auteur a cependant laissé de côté certaines questions spéciales traitées ailleurs, telles que la culture du vaccin chez les animaux, la récolte et la confection des différentes préparations vaccinales, il traite seulement des conserves de virus vaccinal dont il est partisan déclaré. En étudiant les conditions capables d'influencer la culture du vaccin, l'auteur distingue les causes intrinsèques qui tiennent à l'individu et les causes extrinsèques d'ordre général (chaleur, lumière) et d'ordre particulier (origine du vaccin, méthodes de vaccinations, etc.). Ce précis très pratique étudie enfin les modes opératoires et l'évolution de la vaccine chez l'homme.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier. — Présidence de M. HERVIEUX

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. Peyrot, P. Segond, Quénu, Schwartz, Kirmisson, qui se portent candidats dans la section de pathologie chirurgicale; 2° des lettres de MM. Beni-Barde, Ledé, Corlieu, qui se portent candidats au titre d'associé libre.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (2e division).

Pour la première place, sur 65 votants, majorité 33, M. Gross (de Nancy) est élu par 38 voix contre 19 données à M. Gaulard (de Lille), 5 à M. Poncet (de Cluny), 2 à M. Poncet (de Lyon) et 1 à M. Auffrey (de Rochefort).

Pour la seconde place au premier tour de scrutin, sur 63 votants, majorité 32, M. Poncet (de Lyon) obtient 22 voix, M. Poncet (de Cluny) 21, M. Gaulard 15, M. Auffrey 2, M. Gross (déjà élu) 2, et M. Folet 1.

Au 2e tour de scrutin, sur 57 votants, majorité 29, M. Poncet (de Lyon) est élu par 32 voix contre 17 données à M. Poncet (de Cluny) et 8 à M. Gaulard.

Photographie à travers les corps opaques. — M. FOURNIER lit la note suivante au nom de MM. les Drs BARTHÉLÉMY et OUDIN. Nous faisons passer le courant secondaire d'une forte bobine de Rhumkorf (bobine pouvant donner une étincelle de 10 à 15 cm.) à travers un tube de Crookes à espace très raréfié dans lequel le vide peut être maintenu à la même pression pendant le temps de l'expérience. Les rayons qui partent du pôle négatif ou cathode ont la propriété de traverser les corps opaques tels que le carton, le bois, les tissus, les métaux en lames minces (le platine excepté), etc. Mais ces mêmes métaux sous une plus grande épaisseur, les sels de chaux, et par conséquent les os jouissent de la propriété d'arrêter ces rayons lumineux. Ce ne sont même pas, à proprement parler, les rayons cathodiques, qui possèdent ces propriétés, mais bien les rayons engendrés par les vibrations de l'éther sous leur influence.

Ces rayons sont invisibles à notre rétine et échappent aux lois de la réflexion et de la réfraction auxquelles obéit la lumière. Ce sont eux que l'auteur de la découverte, le prof. Rontgen (de Wurtzbourg), a désignés dans son mémoire sous le nom de rayons X, et qui porteront à l'avenir le nom très justifié de rayons Rontgen. Or, il est très difficile d'avoir des tubes de Crookes pouvant conserver le vide à une pression constante et assez faible pour produire les rayons Rontgen. M. Seguy a pourtant pu nous en fournir qui remplissaient les conditions indispensables à la réussite des expériences.

Une fois l'appareil en marche, nous avons placé, à dix centimètres environ du tube et perpendiculairement à son axe, en face du point que vient frapper le plus gros faisceau des rayons cathodiques, une plaque photographique (de la marque Lumière bleue) enveloppée complètement de quatre épaisseurs de papier noir, de façon qu'aucune sorte de rayons lumineux ordinaires ne puissent l'impressionner; le papier est simplement maintenu par un anneau de caoutchouc. Au contact de cette plaque, entre elle et

le tube, nous appliquons l'objet dont nous voulons obtenir l'image. La durée de la pose est de vingt minutes, avec nos appareils, pour une main d'adulte. Pour les autres régions, elle variera en raison de l'épaisseur des tissus à traverser et du rendement du dispositif expérimental.

Le développement se fait comme pour un cliché ordinaire. Pour cette photographie comme pour la photographie courante il y a une « mise au point » à obtenir. La main ainsi photographiée (si l'on a expérimenté sur une main) ressemble à celle d'un squelette qui serait entourée d'une zone gélatineuse translucide : les os ont arrêté les rayons Rontgen, tandis que les parties molles se sont laissées traverser par eux d'une manière assez complète pour que la plaque soit impressionnée. On peut ainsi découvrir et nettement localiser des lésions et des corps étrangers.

Un outillage spécial et plus puissant devra être créé pour des recherches plus complètes.

De l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire. M. Jaccoud rapporte trois cas dans lesquels la phtisie pulmonaire semble tout d'abord pouvoir être attribuée sans réserve aucune à la contagion hospitalière, mais à un examen plus complet la certitude s'efface pour faire place à une simple probabilité. C'est qu'en effet les bacilles tuberculeux sont partout répandus à profusion et la contagion ne peut se démontrer ici avec la rigueur d'une affection expérimentale Dans les trois cas, M. Jaccoud a vu succéder une période bacillaire à une période non-bacillaire de quelques semaines de durée.

Les trois cas concernent des hommes robustes, sans aucun antécédent suspect et atteints de pneumomie traumatique Ces hommes robustes de 35, 48, 55 ans, pourquoi sont-ils devenus tuberculeux ? Parce qu'ils ont conservé après leur pneumonie traumatique un foyer d'hypotrophie pulmonaire qui a favorisé l'éclosion et le développement des bacilles tuberculeux.

Ces bacilles, ils les ont pris ou bien à l'hôpital, où ils étaient venus se faire soigner de leur pneumonie traumatique, ou bien ils les portaient en eux-mêmes à l'état latent, ou bien, pour les deux derniers au moins, ils les ont pris au dehors pendant l'intervalle de leurs deux séjours à l'hôpital.

Quoiqu'il ait mis depuis bien longtemps cette question à l'étude, M. Jaccoud n'a trouvé que ces trois cas où la probabilité d'origine hospitalière puisse être réellement affirmée tant il faut que l'observation soit profondément rigoureuse'.

Puisque l'origine hospitalière de la phtisie ne peut jamais être affirmée, mais seulement soupçonnée, il est évident que la séparation des phtisiques et des autres malades à l'hôpital ne peut être réclamée en s'appuyant sur des faits.

L'orateur connaît des observations de phtisie traumatique chez des malades non prédisposés et qui ne sont pas passés par l'hôpital ; d'où l'indécision des conclusions qu'il avait déjà formulées en 1890. Cette étude reste très complexe. La défense contre le bacille de la tuberculose dans une salle d'hôpital est autrement efficace que celle que l'on peut opposer à la propagation d'autres maladies. Comme je l'ai écrit en 1885, je ne vois nullement qu'un malade bacillaire puisse rien redouter des bacilles de ses voisins, mais je sais d'autre part qu'il n'y a rien de plus dangereux pour un malade bacillaire que les associations microbiennes, et je me demande si l'assemblage de divers malades dans une salle d'hôpital n'est pas une cause de danger. Si la tuberculose est certainement transmissible elle est non moins certainement la moins transmissible de toutes les maladies infectieuses. L'hygiène intérieure de l'hôpital est toute puissante pour empêcher le développement de la tuberculose. On peut donc arriver à une conclusion ferme ; après six années écoulées, je n'hésite pas à affirmer que la préservation des malades contre le bacille de la tuberculose peut être simplement demandée à une bonne hygiène hospitalière dont la condition indispensable est la suppression absolue des poussières.

M. Duguet. Je suis étonné de voir que la tuberculose pulmonaire ne se développe pas plus souvent dans nos salles.

A l'étranger, on est arrivé à supprimer les poussières, en supprimant le balayage. Dans mes salles d'hôpital, depuis dix ans, les planchers sont calfatés et le balayage est remplacé par le lavage. J'ai modifié les crachoirs qui sont une dérision dans nos hôpitaux; les crachoirs sont lavés après la visite.

Avant de songer à la séparation des malades, il faut d'abord faire la propreté dans les salles.

M. Nocard. Nous sommes tous d'accord sur le danger des crachats. Si l'on supprimait les poussières, on réaliserait la suppression de la tuberculose dans les salles d'hôpital. Jusque là il ne faut pas nier la contagiosité de la tuberculose dans les salles. Cette contagion n'est pas facile à démontrer chez l'homme, mais cela est bien plus facile chez les bovidés.

L'année dernière, j'avais un taureau né à l'école d'Alfort d'une mère saine, sain lui-même, qui souvent m'avait servi à faire, devant les élèves, la contre-épreuve de la réaction de la tuberculine chez les animaux non tuberculeux. Ce taureau subit la castration et, par défaut de place, fut mis dans une salle où l'on mettait les animaux tuberculeux. Il resta là sept mois et devint tuberculeux. Il est certain que ce taureau a pris la tuberculose par les poussières de cette salle absorbées par lui et mélangées à ses mucosités bronchiques.

M. Nocard voudrait que l'on inscrivît dans toutes les salles d'école cette maxime: « Ne crachez pas par terre ». Il serait bon de graver de bonne heure ce précepte dans l'esprit des enfants.

M. Péan se déclare, comme M. Jaccoud, très incapable de résoudre le problème. Il a vu des individus atteints d'entorse, de luxation, être plus tard atteints de tuberculose. Ce seraient plutôt les chirurgiens qui seraient aptes à résoudre cette question. Dans tous les cas, il est démontré aujourd'hui que la tuberculose peut être contractée par les poussières. Il faudrait donc supprimer les poussières qui peuvent provoquer la contagion, non seulement de la tuberculose, mais de bien d'autres maladies.

M. Tarnier. Il est très désirable que l'on fasse disparaître les poussières de nos hôpitaux, mais cela est très difficile, parce que tous nos hôpitaux même les plus récents sont construits pour favoriser l'accumulation des poussières, parce que partout on trouve des saillies, des cimaises, des lambris, des rainures, sur lesquels il suffit de passer le doigt pour le retirer couvert de poussière. Il faudrait donc obtenir des architectes de vouloir bien construire des salles qui ne contiendraient ni corniches, ni saillies, ni cimaises.

Dans mes salles, j'ai fait couvrir toutes les armoires de plans inclinés pour empêcher l'accumulation des poussières.

M. Dumontpallier. J'avoue timidement que je n'ai pas si grand peur que cela des poussières. On accepte en général, actuellement, la contagion de la tuberculose; je veux bien croire que les poussières contiennent des bacilles qui voltigent et s'arrêtent dans les bronches. Tous ceux qui ont eu à l'hôpital des services généraux ont vu bien rarement des malades contracter la tuberculose après un long séjour à l'hôpital. D'une façon générale, je ne crois pas la phtisie contagieuse dans les hôpitaux.

M. Duguet. Je crois, avec M. Tarnier, que les hôpitaux de Paris sont malpropres, mais j'ai supprimé dans mes salles les saillies, les angles, les rideaux, j'ai modifié les lits et les chaises. Le prix de revient de ces meubles est de deux mille francs moindre par salle.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les titres des candidats au titre de correspondant, 1re division (médecine).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1895.

Pseudo-méningite due à la créosote. — M. Burlureaux. Un empoisonnement grave, dû à l'absorption sous-cutanée de 9 gr. 33 de créosote, a été signalé à la dernière séance, par M. Faisans. Je ferai remarquer : 1° que ces accidents, graves en apparence, ne sont jamais mortels, disparaissent après six ou huit jours, sans laisser aucune trace ; 2° qu'ils sont extrêmement rares, car je n'en ai observé que trois cas, depuis cinq ans que j'emploie la créosote à toutes doses ; 3° que si l'on se laissait arrêter par tous les accidents qui peuvent arriver quand on emploie des médications actives, on cesserait de faire de la thérapeutique ; 4° qu'on parviendra, un jour ou l'autre, à étudier le déterminisme de ces accidents et, par conséquent, de leur prophylaxie comme je suis déjà parvenu à préciser les causes et la prophylaxie des autres accidents dus à la créosote.

Les phénomènes de pseudo-méningite ne surviennent que chez les malades traités par les fortes doses. Il y a intérêt à donner la dose la plus forte qui sera tolérée. La dépasser, c'est s'exposer à des mécomptes ; ne pas l'atteindre, c'est priver le malade d'une partie des bénéfices du traitement. Mais comme elle varie d'un individu à l'autre, c'est au médecin à la chercher, par tâtonnement et en ayant pour guides les diverses manifestations d'intolérance que j'ai minutieusement décrites ailleurs.

L'utilité des fortes doses m'a été démontrée par une longue et patiente observation ; elle est de plus d'accord avec mes idées de thérapeutique générale. J'estime, en effet, que du moment qu'un médicament semble utile, il faut le donner à la dose maxima tolérée, qui sera maintenue aussi longtemps qu'il le faudra.

La créosote est un reconstituant de premier ordre; nous n'avons jamais dit qu'elle fût un spécifique de la tuberculose; mais les services qu'elle peut rendre aux tuberculeux quand elle est bien maniée, c'est-à-dire à la fois prudemment et hardiment, doivent faire négliger les accidents dont elle peut être responsable et dont la plupart sont facilement évitables.

M. Faisans. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Burlureaux quand il dit qu'on ne doit pas renoncer à une médication par cela seul qu'elle peut occasionner des accidents, fussent-ils graves, fussent-ils même mortels, si, par ailleurs, la méthode a fait ses preuves, si elle a été reconnue très bonne. Mais là est précisément la question. Je ne crois pas, en effet, que le traitement de la tuberculose par la créosote à hautes doses mérite la faveur dont il jouit en France. Il n'a rien d'un spécifique, et il est formellement contre-indiqué dans tous les cas où il y a de la fièvre ou une dyspepsie habituelle, cas très fréquents, nous le savons tous.

Je sais bien que M. Burlureaux, dans son livre, cite un grand nombre d'observations dans lesquelles il a obtenu, par les injections créosotées à hautes doses, des améliorations considérables, notamment au point de vue du poids. Mais on arrive à ce résultat avec bien d'autres médications. Ainsi, quand j'étais l'interne de M. Grancher, nous avons obtenu, avec l'huile de foie de morue à très hautes doses (200, 300 gr. par jour) des augmentations incroyables de poids pendant un certain temps. J'ai constaté des résultats semblables avec la poudre de viande à hautes doses (250 gr. par jour) d'après la méthode de M. Debove. C'est ainsi qu'un de nos tuberculeux gagna exactement quatre kilogrammes en huit jours.

La créosote, en résumé, est un bon balsamique, peut être le meilleur des balsamiques; par conséquent elle rendra d'excellents services dans les bronchorrées, mais je ne puis admettre qu'on en fasse une médication systématique.

M. Ferrand. Je m'associe aux sages réserves de M. Faisans et les contre-indications dont il a parlé sont, en effet, à mon avis, aussi formelles que fréquentes. J'ajouterai qu'on s'illusionne facilement sur les effets de la créosote et des autres balsamiques sur les manifestations locales de la tuberculose pulmonaire ; on constate, par exemple, que les signes d'auscultation ont diminué en un point, mais cela provient simplement de ce que l'air arrive en quantité moindre en ce point.

Enfin, il me paraîtrait trop dangereux d'ériger en principe, avec M. Burlureaux, que pour obtenir de bons effets d'une médication, il faut la pousser jusqu aux extrêmes limites de la tolérance.

M. Lereboullet est du même avis que MM. Faisans et Ferrand. La créosote n'est malheureusement pas un spécifique de la tuberculose, mais c'est un des meilleurs adjuvants de l'hygiène des tuberculeux et elle rend de grands services dans les formes torpides, dans la scrofulo-tuberculose.

Pituite hémorragique des hystériques. — MM. Albert Mathieu et Milian. Les malades qui sont toujours des hystériques nettement stigmatisés — le plus souvent, mais mais non toujours des femmes — vomissent de temps en temps, de préférence la nuit, une petite quantité d'un liquide que les auteurs comparent à du sirop de groseilles étendu d'eau. M. Josserand, de Lyon, qui a fait une bonne étude de ce symptôme, le compare à du sirop de ratanhia étendu. On voit parfois, du reste, le liquide, qui d'abord était d'un rouge sirop de groseilles, se teinter et prendre

une coloration plus noire, ce qui peut être dû à l'action du suc gastrique qu'il renferme. Ce liquide est constitué, ainsi que le montre l'analyse chimique et microscopique, par de la salive mélangée d'une petite quantité de sang. Parfois on y trouve des débris alimentaires ou de l'acide chlorhydrique, ce qui démontre qu'il a été vomi. Cependant il n'est pas établi que le sang vienne toujours ni même ordinairement de l'estomac. En effet, MM. Albert Mathieu et Milian rapportent une observation dans laquelle il y eut d'abord de la sialorrhée sanglante, puis des vomissements.

Il peut donc y avoir déglutition d'une salive sanglante que l'estomac rejette par vomissement au bout de quelque temps. Ce serait donc une véritable pituite sanglante.

La pituite hémorragique est souvent précédée ou accompagnée de prodromes absolument semblables à ceux qui annoncent les crises hystériques; elle semble représenter une crise avortée et larvée. Souvent cet accident se reproduit à des reprises successives d'une façon assez tenace, quelquefois tous les jours.

La pituite hémorragique ne paraît pas jusqu'ici avoir été rencontrée en dehors de l'hystérie; Lasègue, Hanot, Josserand la considéraient, du reste, déjà comme une manifestation de cette névrose.

Infection pneumonique à manifestations articulaire et méningée. — MM. Fernet et Lorrain rapportent l'observation d'un malade âgé de 56 ans qui, après quelques phénomènes pulmonaires, présenta une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche et mourut de méningite.

Dans les derniers jours, le tableau de la maladie fut celui d'une infection généralisée. MM. Fernet et Lorrain insistent sur les caractères anatomo-pathologiques rares de l'arthrite : il s'agissait d'une véritable ostéo-arthrite, avec destruction du ménisque intra-articulaire, des cartilages, des ligaments. Les os étaient dénudés et présentaient à la vue leur surface spongieuse. L'articulation contenait quelques gouttes seulement de sérosité louche.

Cette sérosité et le pus méningé contenaient des pneumocoques à l'état de pureté.

M. Widal. Un saturnin invétéré est mort dans notre service après un complexus symptômatique, qui nous fit songer à une attaque de goutte saturnine.

A l'autopsie, nous avons constaté une péricardite suppurée à pneucomoque primitive. Dans l'articulation métamarso-phalangienne gauche, nous avons trouvé quelques gouttes de liquide séro-purulent contenant du pneumocoque à l'état de pureté. L'articulation était à peu près intacte.

Cette localisation pneumococcique au niveau d'une petite jointure n'était forfuite qu'en apparence. La localisation puatique avait entraîné la localisation infectieuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 janv. Pr. de M. Ladreit de Lacharrière

La séance est ouverte à quatre heures un quart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Gillebert-Dhercourt, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de la Compagnie des Chemins de fer de l'Etat accordant la réduction de tarif demandée pour le Centenaire. — Lettre de M. Cazin, demandant à lire son travail de candidature sur les kystes du vagin (cette lecture aura lieu à la prochaine séance). — Lettre de M. Delmaz, de Dax (Landes), demandant sa nomination de membre correspondant, et annonçant l'envoi de travaux à l'appui de sa candidature. — Lettre de M. de la Roulle, directeur général de l'Exposition nationale de l'hygiène et des arts de l'enfance, demandant au président de la Société d'accepter le titre de membre d'honneur de l'Œuvre. — Lettres de MM. Domenico Peruzzi (de Bologne), Janson (de Liège), Gros (d'Alger), Hameau (d'Arcachon), Berlin (de Nice), s'excusant de ne pouvoir assister aux fêtes du Centenaire. — Lettres de MM. Guermonprez (de Lille), Viennois (de Lyon), Gauron (de Pont Sainte-Maxeuce), Pintaud-Desallées (de La Rochefoucauld), Keller (de Rheinfelden), envoyant leur adhésion aux fêtes du Centenaire. — Lettre de M. Bouyer (de Bordeaux), demandant la durée de validité des billets de Chemin de fer à l'occasion du Centenaire.

Mort de M. Wickham. — M. Ladreit de La Charrière. Messieurs, nous avons tous été profondément émus en apprenant la mort soudaine de notre cher secrétaire général Wickham. Je me suis empressé de porter à sa famille l'expression de nos condoléances et de nos regrets. Notre collègue ayant exprimé le désir que, seul, son ami le Dr Gréard Marchant prît la parole à ses obsèques, j'ai dû me borner à l'accompagner, avec quelques uns de nos collègues, jusqu'à sa dernière demeure.

La mort de Wickham, Messieurs, est un grand malheur pour sa famille, et elle nous inspire une profonde tristesse. Il y a quinze jours, nous lui prodiguions nos plus vives sympathies en applaudissant le compte-rendu de nos travaux pendant l'année 1895. Vous demandiez l'impression dans nos bulletins de ce travail plein d'intérêt, écrit avec élégance et cette clarté qui étaient les qualités maîtresses de Wickham.

Depuis trois ans qu'il était notre secrétaire général, nous avons pu apprécier l'étendue de ses connaissances, la vivacité de son esprit et la droiture, de son caractère. Interne des hôpitaux de Paris, puis aide d'anatomie de la Faculté de médecine, il semblait que la carrière chirurgicale des hôpitaux fût ouverte pour lui. L'enseignement de son maître Horteloup, les difficultés et les incertitudes des concours le décidèrent à se consacrer à la chirurgie spéciale des voies urinaires. Il acquit rapidement dans cette branche de notre art une légitime notoriété. Le nombre de ses malades, leur fidélité et leur attachement devaient être pour lui une large compensation au regret des luttes abandonnés.

C'est en 1886, que Wickham est entré dans notre Société : Le travail présenté à l'appui de sa candidature avait pour titre : Note sur l'albuminerie survenu dans le cours d'accidents secondaires d'origine syphilitique.

Depuis cette époque, nos bulletins contiennent des communications de Wickham faites chaque année, et qui présentent toutes un véritable intérêt.

En 1887, c'est un mémoire sur la cure radicale du varicocèle par le procédé de Horteloup, et avec modifications personnelles du procédé opératoire.

En 1888, une observation d'intoxication saturnine,

En 1889, une note sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électricité, et trois observations de chromhydrose partielle du scrotum.

En 1890, il vous présentait un mémoire sur quelques résultats éloignés de la résection simple du scrotum comme traitement du varicocèle, et vous faisait des rapports intéressants sur les ouvrages de MM. Durand Fardel et Horteloup. En 1891, il vous soumettait un travail sur le traitement de la cystite aiguë blennorrhagique par l'essence de santal. Enfin, dans ces dernières années, plus particulièrement occupé des affaires de notre Société, nous lui devions des compte-rendus annuels bien étudiés et des rapports de candidatures.

Très désireux de contribuer à la prospérité de la Société de médecine de Paris, il consacrait à nos affaires tous ses soins et n'épargnait ni ses démarches ni ses peines. C'est ainsi que, l'année dernière, il a contribué largement à la création du Laboratoire que vous aviez demandé. Cette année, il préparait avec ardeur la célébration de notre Centenaire : ce jour là, son souvenir planera sur nous, et sa place restera vide.

Si les occupations attachantes de la science, si le labeur réconfortant de chaque jour, si même notre amitié n'ont pu faire oublier à Wickham les amertumes de la vie, nous, messieurs, qui ne voulons point chercher le pourquoi, honorons sa mémoire en inscrivant dans nos Annales l'expression de la haute estime et de l'affection que nous avions pour sa personne.

Maladies du cœur. — Diagnostic par les signes éloignés du cœur. — M. Duroziez. Au cœur, les bruits sont trop touffus, trop serrés, les cavités n'ont pas toujours les mêmes rapports, on ne sait où l'on est; les orifices sont superposés; le péricarde est partout au centre de la mêlée, on voit, on entend mal. Pour bien juger il faut s'éloigner, nous ne disons pas toujours, mais dans un certain nombre de cas que nous allons indiquer.

Un point important de l'auscultation est l'application de l'oreille qui presse ou qui s'écarte. L'écart fait entendre les claquements, la compression donne les souffles. L'oreille a l'intelligence que n'a pas le stéthoscope; elle fait mieux ce que nous voulons, elle répond mieux à l'intention.

On confondait les bruits péricardiques avec le souffle de l'insuffisance aortique ; nous nous sommes éloignés jusqu'à l'aine, nous y avons transporté le souffle de l'insuffisance aortique sans la crainte d'être accompagné par le péricarde ; c'est notre double souffle crural qui parfois démontre l'insuffisance non révélée par un souffle au niveau de l'orifice. En effet, pour que le souffle se forme, un certain rapport est nécessaire entre l'étroitesse et l'impulsion du sang. Au cœur, nous sommes obligé de prendre l'état tel quel; à la crurale, nous sommes maître.

Le souffle du deuxième temps ne s'y produit que pour une pression, une étroitesse déterminée par la force impulsive du sang. L'autopsie ne révèle pas toujours une insuffisance aortique que l'ausculation, soit du cœur, soit de la crurale, nous avait démontrée. L'autopsie est souvent en défaut, c'est de la médecine morte, nous la voulons vivante.

Nous avons dégagé le souffle de l'insuffisance mitrale en le cherchant en arrière au niveau de l'oreillette gauche où on le trouve isolé. Aucun autre souffle ne passe là. Le service rendu est grand quand on sait l'embarras des souffles; à la pointe, c'est un rendez-vous général. Que de fois on confond le souffle de la tricuspide avec le souffle de la mitrale! Le souffle de la tricuspide va du sternum à la pointe, pas au-delà. Le souffle de la mitrale va de la pointe à la colonne vertébrale.

Pour l'insuffisance de la tricuspide, ce sont encore des signes éloignés qui nous secourent, le pouls hépatique, le pouls jugulaire systolique, le claquement de la jugulaire et de la veine crurale. Ces claquements veineux sont peu recherchés, et cependant sont fréquents, et ne sont pas de pure curiosité.

Le souffle du rétrécissement aortique reflue parfois jusqu'à la pointe, nous le retrouvons dans l'aorte ascendante, et dans les carotides.

Le souffle du rétrécissement pulmonaire vient souvent aussi à la pointe et simule l'insuffisance mitrale mais il s'élève vers la clavicule gauche sans passer en arrière. On fait beaucoup plus de rétrécissements pulmonaires qu'il n'y en a. Le souffle pulmonaire anémique sur lequel a insisté mon ami C. Paul est pris trop souvent pour un soufffe de rétrécissement. Et puis, la dilatation de l'artère, la compression par les ganglions, par le tissu pulmonaire induré ne sont pas rares. Ici, nous ne pouvons pas nous éloigner. Nous avons cependant, pour nous guider, les bruits chlorotiques du cou qui sont un signe éloigné, et qui nous indiquent la nature chlorotique du souffle de l'artère pulmonaire.

Mais c'est le souffle chlorotique de la pointe, si trompeur, si traître, si fertile en erreurs, confondu si souvent avec l'insuffisance mitrale, qui bénéficie le plus des signes éloignés. Quelque intense qu'il soit, et plus il est intense, mieux il devrait passer en arrière, si nous ne l'entendons pas en arrière, si, de plus, nous n'entendons pas au cou de bruit chlorotique, nous le prenons comme chlorotique et nous rejetons l'insuffisance mitrale sans regret et à la grande satisfaction du malade à qui on avait fait entrevoir la vie misérable. Quelques médecins passent entre les deux, entre l'insuffisance mitrale absolue et l'anémie, imaginant l'insuffisance fonctionnelle; or le souffle ne passe pas en arrière; absolu ou fonctionnel, il doit passer en arrière, il ne passe pas, donc il n'est ni l'un ni l'autre.

Le rétrécissement mitral pur, bien constitué, s'entend en arrière ; mais il est si bien rhytmé, si original, qu'il suffit d'une seconde pour le reconnaître. Il faut exiger tout le mot de passe. Que de rétrécissements mitraux diagnostiqués sans raison! Ici encore l'auscultation des jugulaires nous est utile.

Quant aux bruits péricardiques, nous sommes condamné à rester sur place. Chacun en prend à son aise avec eux, les admet ou les refuse. On est plus ou moins sévère. Quand nous entendons le triple bruit du cuir neuf, nous sommes convaincu ; avec le double bruit, nous sommes encore satisfait ; mais si le bruit n'existe qu'à la systole, nous nous méfions. Ici encore l'examen de la jugulaire et de l'artère crurale nous aide. Exemples : Trousseau, « quo non major alter, » me prie de voir une femme de son service, à qui il attribue de l'insuffisance aortique. Je trouve de la péricardite et pas d'insuffisance aortique. Le lendemain, même diagnostic de part et d'autre. Le troisième jour, la malade se trouve mourir. A l'autopsie, péricardite, pas trace d'insuffisance aortique. Trousseau me dit : Pour que vous m'ayez tenu tête ainsi, vous deviez avoir des ficelles.

Montrez-les moi. Cette femme n'avait pas trace de double souffle crural, je niais obstinément l'insuffisance aortique. Trousseau aurait dû reconnaître la péricardite ; mais quel avantage a celui qui se sent assez grand pour écouter un petit ! Siredey l'ancien me parle d'une femme atteinte de méttrorrhagie dont elle meurt. Avec tous les concurrents du Bureau central, il a diagnostiqué chaque jour de la péricardite. A l'autopsie, quelque désir qu on ait,on ne trouve rien. Qu'est-ce ? Ce sont des bruits chlorotiques autorisés par la métrorrhagie. Les bruits chlorotiques prennent tous les timbres : Souvenez-vous.

Le pouls, signe éloigné, est de grand secours. rien que par le chiffre. Nous ne manquons jamais à le compter. Par la fréquence, nous sommes avisés que les cavités droite sont gênées. Le cœur droit, le cœur femelle, fin, délicat, nerveux, se trouble et s'emporte à la moindre résistance ; ce que ne fait pas le cœur gauche, le cœur mâle, épais, calme, maître de lui. Dans l'insuffisance tricuspide, le cœur bat à 90.

Par le pouls, nous sommes averti du rétrécissement mitral, il bat à 60 et baisse vite par la digitale. Le faux rétrécissement ne baisse pas ainsi. Dans la chlorose, le pouls bat à 84. Dans l'insuffisance aortique, Corrigan lui a donné son nom ; mais il ne connaissait pas le souffle de l'insuffisance aortique ; c'est Chancelay et Guyot, élèves de Rayer, qui l'ont dégagé.

Le pouls est anadicrote.

Nous devons toujours compter le pouls, le tâter avec patience. Pendant que nous le comptons longuement, tant qu'il baisse, nous en observons les modalités. Il ne faut pas se contenter de la radiale, trop sujette aux anomalies, rompeuse, pleine d'avanies mortifiantes, et remonter à la brachiale stable et honnête. L'auscultation de la crurale est utile pour juger de la qualité, de la quantité du sang ; sa grosseur donne des renseignements ignorés des petits. Jamais on n'examine assez d'artères ; les deux côtés ne sont pas faits de même ; chaque artère bat à sa guise.

Nous laissons de côté les signes généraux ; nous n'avons touché qu'un point dans l'espace.

Sur une observation de M. de Beauvais, qui redoute un certain embarras de la société par suite de la mort du secrétaire général, M. Ladreit de La Charrière annonce que la nomination du secrétaire général aura lieu dans la prochaine séance.

Le reste de la séance est consacré à la discussion de l'organisation des fêtes du Centenaire et de la composition du Livre commémoratif.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier — Présidence de M. T. Anger.

Grossesse extra utérine. — M. Chaput. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine et de l'hématocèle est extrêmement difficile et doit être fait cependant. Avant le 5e mois, s'il existe une hémorragie, il faut faire la laparotomie, et si l'hémorragie est enkystée, il faut après laparotomie chercher à lier les vaisseaux. Si l'hématocèle est suppurée, on peut avoir le choix entre l'hystérectomie et l'incision vaginale. Ces considérations s'appliquent aux cas où il y a rupture de la trompe.

Dans le cas opposé, avant le 5e mois, quand le diagnostic n'est pas posé, on peut faire un choix entre la laparotomie et l'hstérectomie inguinale. Si le diagnostic est posé, attendre jusqu'au 5e mois s'il n'y a pas d'accident. Après le 5e mois le fœtus est vivant ou non vivant, dans les deux cas, attendre jusqu'au 8e mois et faire alors la laparotomie si le sac n'est pas suppuré. Si le sac est suppuré faire l'hystérectomie.

M. Bouilly. Laissant de côté les cas exceptionnels où la grossesse a pu arriver à un terme de 7 à 8 mois sans accidents je prendrai un cas de trois mois environ, c'est-à-dire celui que l'on est le plus souvent appelé à traiter de grossesse extra-utérine avec ou sans complication.

Indication nette quand la grossesse amène une hémorragie intra-péritonéale, il faut de suite recourir à la laparotomie.

Depuis nombre d'années, il n'y a que 3 observations qui nous aient été rapportées. J'en ai vu une seule depuis 1886, où ces hémorragies ont exigé une opération dangereuse. La plupart des malades qu'on nous amène nous arrivent non pas en état d'hémorragie mais avec un hématocèle, ce qui est tout à fait différent de l'état de la malade chez laquelle vient de se rompre une grossesse tubaire comme les quatre cas rappelés plus haut. On constate alors une tumeur latérale haut placée, sur les côtés de l'utérus, qui est un hémato-salpinx. Les malades présentent les symptômes du péritonisme, lesquels peuvent être amenés par quelques gouttes de sang seulement.

Les choses peuvent rester ainsi pendant quelque temps, et les onamnestiques peuvent être seulement éléments du diagnostic.

Dans les cas d'hématocèles vaginaux les plus prononcés avec apparition d'une tumeur dans le cul-de-sac, écoulement rouillé et chocolat, on peut rapporter l'hématocèle à sa véritable pathogénie, c'est-à-dire à la rupture d'une grossesse tubaire.

Et puis l'on constate la présence d'un embryon à nez, cela ne modifie nullement la pathogénie de l'hématocèle. L'embryon a été dirigé au bout de 8 jours hors de sa trompe.

Que cette rupture date de 2, 3, 4 mois, il y a peu de modifications du côté du contenu du sac de l'hématocèle. Le sang est en caillots et ce serait une illusion de croire que même avec le temps, il pourrait se résorber et l'ouverture par le cul-de-sac postérieur peut donner des résultats merveilleux. Et je repousse la crainte théorique de laisser des débris, des adhérences, comme une raison de ne pas faire l'ouverture simple du cul-de-sac.

Un cas de cholécystoentérostomie. Guérison. Résultats éloignés. — M. Chaput fait un rapport sur un fait présenté par M. Delbet. Il s'agissait d'un fait de rétention biliaire par calcul. Celui-ci fut enlevé de la vésicule à la curette et fit la cholécystoenterostomie. La malade guérit rapidement, dix mois après l'ictère avait disparu, la température était normale, les troubles dyspeptiques n'avaient plus reparu et l'état général était resté parfait.

Kyste hydatique du foie. — Présentations de cultures du liquide kystique par M. Quénu.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Les médecins étrangers.

Les étudiants en médecine faisant partie de l'Association générale des étudiants de Paris adressent aux journaux la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Les étudiants en médecine, membres de l'Association générale des étudiants de Paris, réunis pour discuter les mesures à prendre à l'égard des étudiants étrangers, se sont arrêtés aux dispositions suivantes :

1° Les étudiants étrangers avant de prendre leur première inscription devront présenter un certificat d'études supérieures, obtenu après examen devant un jury composé de professeurs d'une Faculté française.

2° Au moment de s'inscrire à la Préfecture du département où ils ont l'intention d'exercer, les docteurs en médecine devront déposer : 1° les pièces établissant leur qualité de Français ; 2° le diplôme français du docteur en médecine ; 3° tous les diplômes exigés des étudiants français au moment de la prise de leur première inscription. Aucune exception aux dispositions précédentes ne sera admise.

Sur la question de l'entrée des étrangers dans les Facultés françaises, nous avons pensé que l'équivalence accordée dans les conditions actuelles était une garantie insuffisante d'études supérieures et que, d'autre part, il serait exagéré d'exiger des étrangers les diplômes demandés aux étudiants français.

Sur la question de l'exercice de la médecine, nous estimons juste de soumettre les étrangers aux mêmes exigences que les docteurs français. Il devront au moment de s'établir avoir obtenu la naturalisation qu'il est impossible de leur imposer au moment où ils commencent leurs études, étant donné les conditions exigées par la loi du 26 juin 1889 sur la naturalisation (la naturalisation peut être accordée : 1° après 3 ans de domicile autorisé... 4° aux étrangers qui justifient qu'ils résident en France depuis 10 années sans interruption).

Nous avons réservé la questions des concours qui relève uniquement de l'Assistance publique de Paris, des municipalités ou d'administrations diverses.

Nous espérons, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien accorder à notre lettre l'hospitalité de votre journal et nous vous prions d'agréer l'expression de nos respects.

Les Membres de la Section de Médecine de l'Association générale des Etudiants de Paris.

La vraie question n'est pas celle des étudiants étrangers, auxquels nous pourrions sans inconvénient continuer à ouvrir largement nos portes et dispenser généreusement les moyens d'intervenir que nous offrons à nos propres nationaux; il s'agit surtout de l'exercice des médecins d'origine étrangère, non naturalisés, nous faisant une large concurrence au moyen de diplômes qu'ils n'ont pas eu la même peine que nous à obtenir. Il y a là un danger véritable car des statistiques récentes ont montré que plus du cinquième des médecins exerçant à Paris étaient étrangers, et dans certaines villes de province cette proportion serait encore plus considérable.

Cette invasion est donc dangereuse. Est-elle justifiée par une nécessité quelconque ? Assurément non car les médecins étrangers abondent surtout dans les régions où nos nationaux sont déjà trop nombreux. Cette concurrence est-elle juste? Non, car les étrangers n'ont pas à passer par les mêmes épreuves que nous. Au lieu des deux baccalauréats qui exigent chez nous de nombreuses années d'un travail sérieux, on ne demande aux etrangers, pour prendre leur première inscription, que des *équivalences*, c'est-à-dire des diplômes d'une valeur généralement très inférieure à nos baccalauréats. S'ils ont déjà commencé ailleurs leurs études médicales, on les tient facilement quittes d'un certain nombre d'examens. Il y a donc là une véritable injustice et il nous paraît logique de demander que tous les médecins pourvus du diplôme de docteur en médecine français aient à surmonter pour l'obtenir les mêmes difficultés.

Si encore ces étrangers ne désiraient le diplôme de docteur français que pour retourner exercer, avec plus de prestige, dans leur pays, on pourrait à la rigueur montrer quelque tolérance, mais non, ce qu'ils désirent surtout c'est non pas étudier en France, mais exercer en France où la vie est plus douce, où la pratique de la médecine, si précaire pourtant dans bien des cas, est cependant plus rémunératrice qu'elle ne l'est souvent à l'étranger. Dès lors, avec nos sentiments chevaleresques si facilement poussés jusqu'au ridicule, nous faisons ici un métier de dupe; il serait temps de nous en apercevoir et de chercher à y remédier. La seule mesure logique nous paraît donc être celle-ci : 1° les étrangers qui désirent obtenir le diplôme de docteur en médecine dans une Faculté de médecine française devront remplir exactement les mêmes conditions de diplômes préparatoires (baccalauréats, certificats d'études), de scolarité et d'examen que les nationaux; 2° le diplôme de docteur en médecine ne donne le droit d'exercer la médecine en France qu'aux seuls Français.

A. Chevallereau.

Toast (1)

Chers confrères, je porte un toast à la santé
De tous les médecins de la Société...
De tous les pharmaciens aussi, ne vous déplaise !
Avec mes deux voisins je trinque à la Française !
De loin, c'est à l'Anglaise : Hip ! My love to you !
Hippocrate, pas bête, a dit, je ne sais où,
Qu'il faut, une fois l'an, noyer l'humeur chagrine;
Gallien ne dit non; suivons cette doctrine;
C'est la bonne. — Aussi bien, nous avons grand besoin
De goûter un léger repos de loin en loin.
Le médecin « n'est pas ce qu'un vain client pense »
Croit-on qu'il se nourrit simplement de science,
Et, qu'étant à l'abri des maux qu'il sait guérir,
Il ne doit ni manger, ni boire, ni dormir ?
Profitant du répit donné par cette fête,
Prônons avec Bacchus, Marguery son prophète ;
Mettons en litanie avec effusion
Saint-Julien, Saint-Estèphe et Saint-Emilion.
Enfin pour dissiper toute mélancolie,
Epuisons lentement cette coupe remplie,
Cristal sonnant l'éveil aux esprits soucieux
Où pétille la joie avec l'ay mousseux.

(1) Dit par le Dr Douvillé au banquet de la Société médicale du 1er arrondissement.

Qui pourrait nous blâmer ? Cette réjouissance
Trouve un juste sujet dans notre renaissance
Nous devons, effaçant un souvenir amer,
Nous hâter d'oublier ces tristes soirs d'hiver,
Où le Président, seul devant son écritoire,
N'avait que des fauteuils vides pour auditoire.
Et pourtant qu'elle était belle dans son printemps
Notre societé ! Je parle de longtemps ;
Etre admis fut pour moi l'un des meilleurs présages.
J'étais vaillant, alors ; je montais six étages
Sans souffler ; j'étais jeune... ainsi que vous, Messieurs
Les jeunes, qui riez là-bas ! Et vous, mes vieux
Amis, vous souvient-il de cette époque dure,
Où nous trottions, rêvant d'avoir un jour voiture !
Nous venions réchauffer nos membres engourdis
A ces réunions des troisièmes mardis.
Parfois, en entendant s'échauffer les disputes
Qui se bornaient toujours à de courtoises luttes,
Et sans jamais se perdre en de pompeux discours,
On s'éclairait souvent, on s'entr'aidait toujours.
La société fut fière d'avoir vu naître
A la gloire plus d'un disciple passé maître :
Gosselin et Bailly, Lasègue et Féréol,
Qui, vers le médical Olympe ont pris leur vol.
D'un passé plein d'honneur puis-je, tirant les voiles,
Autour de ces soleils dénombrer les étoiles?
Aidez-moi, Geoffrion, notre aimable doyen,
Rappelez-nous cet âge où Lemaire et Payen
Retenaient l'assemblée attentive et ravie ;
Robertet nous parlait de déontologie ;
Bonvalet, Chevalier charmèrent bien des fois ;
Et devant tous Corlieu disséquait les Valois.
Du fœtus Matteï sans paraître perplexe
A travers l'abdomen nous découvrait le sexe ;
Compérat fredonnait quelques refrains joyeux ;
Fontès disait tant pis et Donadieu tant mieux,
Le conseil de famille, en ses rares séances,
N'avait guère à traiter de mauvaises créances ;
Et le juge de paix le voyant d'un bon œil
Lui faisait en janvier le plus aimable accueil.
C'était le bon vieux temps ! — Qu'est-elle devenue,
Cette société que jadis j'ai connue?
Ainsi que l'hirondelle au soufle des hivers,
Les uns ont pris leur vol pour des climats divers.
D'autres guidés vers l'art par de nobles envies,
En modestes héros l'ont payé de leurs vies ;
D'autres enfin, de ceux qu'aucun effort n'abat,
Combattant vaillamment encor le bon combat,
Et sans s'inquiéter des tempêtes prochaines,
Ils demeurent debout, ainsi que de vieux chênes,
Sur le sol qu'autour d'eux leur feuillage rougit
La génération renaissante surgit.
La forêt un instant plus rare et clairsemée
S'est couverte déjà de nouvelle ramée.
Sebillotte, Richer, Lamare, Bretonneau,
Suss, les deux Chasserant, forment le vert faisceau ;
J'en passe, et des meilleurs... Tel le rameau prodige
De Virgile en produit cent autres sur sa tige
Tout en or. — Grâce à vous de cet heureux concours
Se lèveront pour nous encore de beaux jours.
Chers collègues nouveaux, car cet appel s'adresse
A vous, qui possédez l'ardeur et la jeunesse,
A votre tour, il faut que vous le renforciez
Ce lien amical fait par vos devanciers.
Connaissez votre force ; elle est dans votre ensemble.
Et dans cet annuel banquet qui nous rassemble,
Je suis heureux de voir, à propos de plaisir
Nos confraternités plus étroites s'unir.
Alliez vos efforts contre les empiriques,
Les hâbleurs étrangers, les véreuses cliniques.
Songez au bien que doit faire à l'humanité
L'accord de la science avec l'honnêteté.
Jeunes ou vétérans, même cœur ; même tête,
A vous je lève encore mon verre et vous souhaite
Ce don si précieux qu'à tous a préféré
Juvénal : *Sana mens in sano corpore.*

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1896.*

Hotel-Dieu. — *Médecine :* M. le professeur Germain Sée ; chef de clinique, M. Auscher ; interne, M. Binot. — M. Proust ; interne, M. Cavasse. — M. Cornil ; interne, M. Vermorel. — M. Ferrand ; interne, M. Théohari. — M. Strauss ; interne, M. Auclair (Jules). — M. Audhoui ; interne, M. Griffon.

Chirurgie : M. le professeur Duplay ; chef de clinique, M. Cazin ; internes, MM. Pouquet, Ombredanne, Bigeard Bize. — M. le professeur Panas ; chef de clinique, M. Terson ; internes, MM. Lévz (Samuel, Le Für, Brin. -- M. Polaillon ; internes, MM. Keim, Dartigues.

Consultation. — Médecine : interne provisoire, M. Célos.

Hotel-Dieu Annexe. — *Médecine* : M. Ménétrier ; interne provisoire, M. Guilbaud. — M. Duflocq ; interne provisoire, M. Monthus.

Accouchements : M. Varnier ; interne provisoire, M. Rudau.

Hopital de la Pitié. — *Médecine* : M le professeur Jaccond ; chef de clinique, M. Lesage ; chef de clinique adjoint, M. Thiroloix ; interne, M. Fauquez. — M. Robin ; interne, M. Kuss. — M. Faisans ; interne, M. Gandy. — M. A. Petit ; interne, M. Piatot. — M. Babinsky ; interne, M. Levrey. — M. Thibierge ; interne, M. Cestan.

Chirurgie : M. le Profr Berger ; chef de clinique, M. Reblaud ; internes, MM. Mouchet, Fredet, Marion. — M. Reclus ; internes, MM. Gosset, Wiart, Lardennois.

Accouchements. — M. Doléris ; interne, M. Benoit.

Hopital de la Charité. — *Médecine :* M. le profr Potain ; chef de clinique, M. Teissier ; chef de clinique adjoint, M. Martin-Dürr ; interne, M. Nobécourt. — M. Constantin Paul ; interne, M. Rebreyend. — M. Bouchard ; interne, M. Mourette. — M. Gouraud ; interne, M. Tissier (H.). — M. Labadie-Lagrave ; M. Magdelaine. — M. Moutard-Martin ; interne, M. Dupuy-Dutemps.

Chirurgie : M. le profr Tillaux ; chef de clinique, M. Rieffel ; internes, MM. Gesland, Barraduc, Veau ; Léger ; Galca. — M. Després ; internes, MM. Coyon, Guillemot.

Accouchement : M. Porak ; interne, M. Siron.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Médecine* : M. le profr Hayem; chef de clinique, M. Parmentier; interne, M. Lenoble ; interne provisoire, M. Zadok. — Hanot; interne, M. Kahn, M. Letulle; interne, M. Dominici. — M. Brissaud; interne, M. Lantzenberg. — M. Ballet; interne, M. Bodin. — M. Siredey; interne, M. Le Roy. — M. Lermoyez; interne, M. Griner. — M. Gaucher; interne lauréat, M. Sergent; interne, M. Villière.

Chirurgie : M. Monod; internes, MM. Chabry, Monod (Fernand), Vanverts. — M. Blum; internes, MM. Blanc, Termet, Vouzelle.

Consultation : Médecine. Interne provisoire, M. Hauser.

HOPITAL NECKER. — *Médecine* : M. Cuffer; interne, M. Chevereau. — M. Huchard; interne, M. Baillet. — M. Rendu; interne, M. Funck-Brentano. — M. Dieulafoy; interne, M. Apert.

Chirurgie : M. le profr Le Dentu; chef de clinique M. Brodier; internes, MM. Guinard, Petit (Raymond), Proust. — M. le profr Guyon; chef de clinique, M. Chevalier; internes, MM. Escat, Pasteau, Imbert. — M. Routier; internes : MM. Diriart, Chauvel.

HOPITAL COCHIN. — *Médecine :* M. Chauffard; internes, MM. Bonnus, Ramond. — M. Richardière ; interne, M. Faitout.

Chirurgie : M. Schwartz; internes, MM. Mermet, Lacour. — M. Quénu; internes, MM. Lenoir, Schmid, Robineau. — M. Bouilly; internes, MM. Demantké, Planque.

Service temporaire : Médecin, M. Gilles de la Tourette; interne provisoire, M. Iselin.

Consultation : Médecine. Interne provisoire : M. Lenglet.

HOPITAL BEAUJON. — *Médecine* : M. Fernet; interne, M. Derocque. — Rigal; interne, M. Mortagne; M. Debove; interne, M. Bensaude. — M. Troisier; interne, M. Sicard.

Chirurgie : M. Anger (Benjamin); internes, MM. Ferron, Lorrain. — M. Anger (Théophile); internes, MM. Auclair, Bonamy. — M. Lucas-Championnière; internes, MM. Angélesco, Barozzi.

Accouchement : M. Ribemont-Dessaignes; interne, M. Bouchacourt.

Chirurgie (chronique). Interne provisoire, M. Le Dard.

Consultation : Médecine. Interne provisoire, M. Delestre.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — *Médecine* : M. Duguet; interne : M. Fournier (Edm.), — M. Gouguenheim; interne, M. Desveaux; interne provisoire, M. de Font-Réaulx. — M. Landrieux; interne, M. Emery. — M. Dreyfus-Brisac; interne, M. Long. — M. Tapret; interne, M. Macrez. — M. Muselier; interne, M. Papillon.

Chirurgie : M. Perrier; internes, MM. Page, Cottet; interne provisoire, M. Larrieu.

Accouchement : M. Maygrier; interne, M. Le Damany.

Consultation. — Médecine : Interne provisoire, M. Chastanet.

HOPITAL TENON. — *Médecine :* M. Talmon; interne M. Guillemot (Louis). — M. Brault; interne. — M. Riche M. Barié; interne, M. Got. — M. Hirtz; interne, M. Lesné. — M. Martin Hyppolyte; interne, Martin André. — M. Galliard interne, M. Milian. — M. Delpeuch ; interne, M. Sainton. — M. Boursy ; interne, M. Berterand.

Chirurgie : M. Félizet; internes, MM. Branca, Lombard, Rosenthal. — M. N..., internes; MM. Ravanier, Batigne, Wintrebert. — M. Gérard-Marchant; internes, MM. Herbet, Zeimet, Ouvry.

Accouchement : M. Champetier de Ribes; interne, M. Baron.

Consulation. — Médecine : Interne provisoire, M. Drouard.

HOPITAL LAENNEC. — *Médecine :* M. Landouzy; interne, M. Josué. — M. Gingeot; interne, M. Deguy. — M. Oulmont; interne, M. Hermary. — M. Merklen; interne, M. Venot.

Chirurgie : M. Nicaise ; internes, MM. Claisse, Héresco, interne provisoire, M. Nicaise.

Service temporaire. — Médecine : Interne provisoire, M. Poix.

HOPITAL BICHAT. — *Médecine :* M. Lacombe ; interne, M. Costensaux. — M. Roques ; interne, M. Turnier.

Chirurgie : M. Terrier ; internes, MM. du Bouchet, Pagny, Dujon.

Consultation. — Médecine. Interne provisoire : M. Guillemard.

HOPITAL ANDRAL. — Médecin : M. Mathieu ; internes, MM. Descazals, Delamarre.

HOPITAL BROUSSAIS. — Médecin : M. Barth ; interne, M. Martin. — M. Gilbert ; interne, M. Grenet.

Chirurgie : M. Campenon; internes, MM. Bellot, Morel.

HOPITAL D'AUBERVILLIERS. — *Médecine* : M. Roger; interne, M. Comte; interne provisoire, M. Tournemelle.

HOPITAL HÉROLD. — *Médecine* : M. Gilles de la Tourette; interne provisoire, M. d'Herbécourt.

BASTION 29. — *Médecine* : M. Chantemesse; interne, M. Terrien (Eugène).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Médecine* : M. Fournier; chef de clinique, M. Wickham; chef de clinique adjoint, M. Renault; internes, MM. Brouardel, Canuet. — M. Besnier; interne, M. Rist. — M. Hallopeau; interne, M. Bureau; interne provisoire, M. Jousset. — M. Tennesson; interne, M. Martinet. — M. du Castel; interne, M. Jacobson. — M. Danlos; interne, M. Decloux.

Chirurgie : M. Marchand; internes, MM. Pauchet, Laurens, Pochon. — M. Nélaton; internes, MM. Coquelet, Cunéo, Caville.

Accouchement : M. Bar; interne, M. Boquel.

HOPITAL RICORD. — *Médecine* : M. Mauriac; interne M. Fontoynont. — M. Balzer; interne, M. Druault.

Chirurgie : M. Humbert; interne, M. Hepp.

HOPITAL BROCA. — *Médecine* : M. de Beurmann ; interne, M. Ghéorghiu. — M. Renault; interne, M. Bigard.

Chirurgie : M. Pozzi ; internes, MM. Collinet, Beaussenat, Caboche.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — *Accouchement* : M. Budin; internes, MM. Chéron, Gibert.

Médecine : M. Charrin; interne, M. Millet.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. — *Accouchement* : M. le professeur Pinard; chef de clinique, M. Bouffe de Saint-Blaise.

HOPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — *Chirurgie* : M. le professeur Tarnier; chef de clinique, M. Dubrisay.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — *Médecine :* M. Œt-

tinger; interne, M. Mercier. — M. Le Gendre; interne M. Delmond-Bébet.

Chirurgie : M. Picqué; internes, MM. Barnsby, Macé. — M. Tuffier; internes, MM. Dujarier, Marchais.

Hôpital des enfants malades. — *Médecine :* M. le professeur Grancher; chef de clinique, M. Boulloche (Pierre); chef de clinique adjoint, M. Renault; interne, M. Philippe. — M. Jules Simon; internes, MM. Paul Boncour, Lévy (Émile). — M. Descroizilles; interne, M. Garnier (Marcel). — M. d'Heilly; internes, MM. Monod (G.), Laroche. — M. Moizard; interne, M. Rabé. — M. Sevestre; interne; M. Petit (René).

Chirurgie : M. de Saint-Germain; internes, MM. Ulmann, Grisel. — M. Brun; internes, MM. Chaillous (Maurice), Desfosses.

Hopital de Berck-sur-Mer. — *Chirurgie :* M. Ménard; internes, MM. Grosjean, Ménier, Véron.

Hopital Moisselles. — Internes provisoires, MM. Mauger (Adrien), Gauchery.

Hopital Trousseau. — *Médecine :* M. Comby; interne, M. Frenkel. — M. Josias; internes, MM. Schæfer, Roux. — M. Netter; internes, MM. Carnot, Salmon. — M. Variot; internes, MM. Bayeux. Ghika.

Chirurgie : M. Lannelongue; internes, MM. Courtellier, Baudet; interne provisoire, M. Weil. — M. Jalaguier; internes, MM. Pascal, Cange.

Hospice des Enfants-Assistés. — *Médecine :* M. Hutinel; internes, MM. Lévi, Labbé.

Chirurgie : M. Kirmisson; internes, MM. Pétron, Ardouin.

Hospice de Bicêtre. — *Médecine :* M. Marie; interne, M. Jolly; interne provisoire, M. Pédeprade.

Chirurgie : M. Bazy; internes, MM. Durrieux, Chailloux (Joseph); interne provisoire, M. Cochemé.

Médecine : M. Bourneville; internes, MM. Mettetal, Luys; interne provisoire, M. Pelisse. — M. Charpentier; interne, M. Marcille; interne provisoire, M. Audistère. — M. Deny; interne, M. Mercier (Edmond); interne provisoire, M. Gaullieur L'Hardy. — M. Féré; interne, M. Herrenschmidt; interne provisoire, M. Weill.

Hospice de la Salpêtrière. — *Médecine :* M. le professeur Raymond; chef de clinique, M. Charcot (J.-B.); internes, MM. Claude, Gasne, Faure (Maurice). — M. Déjerine; interne, M. Thomas; interne provisoire, M. Michaut.

Chirurgie : M. Segond; internes, MM. Chauveau, Lapointe.

Médecine : M. Voisin (A.); interne, M. Bernheim. — M. Falret; interne, M. Audion. — M. Voisin (J.); interne, M. Roques.

Hospice des incurables (Ivry). — *Médecine :* M. Gombault (A.); interne, M. Castaigne; interne provisoire, M. Rastouil.

Chirurgie : M. Michaux; interne, M. Bonnet; interne provisoire, M. Hivet.

Hospices des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. *Médecine :* M. Marfan; interne, M. Bernard; interne provisoire, M. Moret.

Maison de betraite de La Rochefoucauld. — *Médecine :* M. Brocq; interne, M. Hallé.

Institutions Sainte-Périne et Rossini. — Médecin: M. Giraudeau; interne, M. Cadol.

Maison de retraite Chardon-Lagache. — Médecin : M. Giraudeau; interne, M. Hennecart.

Hopital Debrousse. — Médecin : M. Béclère; interne provisoire, M. Ungauer.

Hospice de Brévannes. — Médecin : M. Geoffroy; internes, MM. Cros, Gagey.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin. Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Klippel, Toupet et Barbier.

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira, le 27 janvier 1896, devant l'Ecole de médecine de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie, à ladite école.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 27 janvier 1896, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Dijon.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 24 janvier 1896, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Prat, Pfihl, Gueit, Alix, Baril, Guézennec et Duplouy.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Bonnescuelle de Lespinois, Barrat, Caire, Gaillard, Gorron, Houdard et Brochet.

Nécrologie. — Le Dr Collin, médecin en chef de l'hôpital civil et de l'école des arts et métiers de Châlons-sur-Marne, décédé à l'âge de 55 ans. — Le Dr Prengrueber, chirurgien des hôpitaux de Paris, ancien rédacteur en chef du *Bulletin Médical*, décédé le 23 janvier à l'âge de 49 ans. Le Dr Granjux a dit en fort bons termes, sur la tombe, les unanimes regrets laissés par ce très sympathique confrère. — Le Ds Dubron, médecin de l'Hôtel-Dieu de Roubaix, reçu en 1874. — Le Dr Jacquinot (André), ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 18 janvier.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande et quina). — **Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestincs.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLE de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Aican-Lévy, 24, rue Chanchat